

Vorsorgevollmacht für zwei Bevollmächtigte

Hierdurch erteile ich,

Vollmachtgeber/in

geboren am

wohnhaft

Bevollmächtigte/r

geboren am

wohnhaft

und

Bevollmächtigte/r

geboren am

wohnhaft

Vollmacht,

mich gerichtlich und außergerichtlich in allen Angelegenheiten vollen Umfanges zu vertreten, in denen eine Vertretung rechtlich zulässig ist.

Diese Vollmacht umfasst auch alle Angelegenheiten der Personensorge, insbesondere der Gesundheitsorge. Die Vollmacht gilt insbesondere auch für den Fall, dass ich auf Grund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung ganz oder teilweise nicht mehr in der Lage bin, meine Angelegenheiten selbst zu besorgen. Ich wünsche in solchem Falle nicht, dass für mich ein mir fremder Betreuer bestellt wird, vielmehr bestimme ich, dass in einem solchen Fall meine mir vertrauten Bevollmächtigten mich vertreten. Sie sind deshalb bevollmächtigt:

- zur Einwilligung in Untersuchungen meines Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe, und zwar auch in besonders risikoreichen Fällen, bei denen die Gefahr besteht, dass ich einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide oder gar sterbe. Hierzu entbinde ich Ärzte und Pflegepersonen von ihrer Schweigepflicht gegenüber meinen Bevollmächtigten.

- zur Bestimmung meines Aufenthaltes, auch soweit ich in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim oder einer sonstigen Einrichtung dauernd oder zeitweise freiheitsentziehend untergebracht werden soll. Sie sind ferner befugt, in notwendige unterbringungsähnliche Maßnahmen (z. B. das Anbringen von Bettgittern, Bauchgurten oder medikamentöse Ruhigstellung) einzuwilligen.

In allen Angelegenheiten, die mein Vermögen betreffen, sind meine Bevollmächtigten gesamtvertretungsbefugt. In allen anderen Angelegenheiten sind sie einzeln vertretungsbefugt. Soweit gesetzliche Vorschriften für die oben genannten Maßnahmen eine Genehmigung durch das zuständige Vormundschaftsgericht vorsehen, haben meine Bevollmächtigten sich um diese zu bemühen.

Meine Bevollmächtigten sind verpflichtet, die unter gleichem Datum von mir errichtete Patientenverfügung strikt zu befolgen und für ihre Durchsetzung in vertrauensvoller Zusammenarbeit mit den mich behandelnden Ärzten und mich pflegenden Personen Sorge zu tragen.

Diese Vollmacht soll durch meinen Tod nicht erlöschen.

Ort, Datum

Unterschrift des Verfügenden

Diese Vollmacht hat der /die mir persönlich bekannte Vollmachtgeber/in in meiner Gegenwart und erkennbar im vollen Besitz seiner /ihrer geistigen Kräfte persönlich unterzeichnet.

Ort, Datum

Vorname und Name der Person, die die Bestätigung abgibt